

NOME:

número de identificação

--	--	--

DATA DE NASCIMENTO: / /

DATA DA ENTREVISTA: / /

ENTREVISTADOR(A):

LIFE CHART RATING FORM

HOSPITALIZAÇÕES

1- NÚMERO DE INTERNAÇÕES POR PROBLEMAS PSIQUIÁTRICOS

[Reinternações em um curto espaço de tempo (menos de 15 dias), e transferências para outros hospitais são consideradas como uma única internação.]

--	--

2- NÚMERO DE MESES NO HOSPITAL POR PROBLEMAS PSIQUIÁTRICOS

(inclua apenas pernoites)

--	--

3- QUANTO DUROU EM MESES O PERÍODO MAIS LONGO EM QUE ESTEVE NO HOSPITAL POR PROBLEMAS PSIQUIÁTRICOS?

--	--

MEDICAÇÕES NOS ÚLTIMOS 12 MESES

(incluindo medicações recebidas no hospital)

4- ALGUMA MEDICAÇÃO POR PROBLEMAS PSIQUIÁTRICOS

0=Nunca

1=Às vezes

2=A maior parte do tempo

--

5- NEUROLÉPTICOS

0=Nunca

1=Às vezes

2=A maior parte do tempo

--

Se nunca recebeu neurolépticos vá para o item 7

6- SE ÀS VEZES OU A MAIOR PARTE DO TEMPO, QUEM VEM PRESCREVENDO NEUROLÉPTICOS ?

1=Clinico geral

2=Psiquiatra

3=Outros: enfermeiros, farmacêuticos

OUTROS TRATAMENTOS NOS ÚLTIMOS 12 MESES

(indicar qualquer tratamento recebido pelo indivíduo)

USE ESTAS RESPOSTAS PARA AS QUESTÕES 7 A 15

0=NÃO

1=SIM

7- E.C.T .

8- REABILITAÇÃO/ HOSPITAL-DIA

(inclui recreação, educação, treinamento social e discussões em grupo. Trabalho abrigado também entra nesta categoria)

9- ACONSELHAMENTO/PSICOTERAPIA

(sessões regulares de pelo menos meia hora por mês. O foco pode ser sobre problemas do dia-a-dia)

10- TERAPIA FAMILIAR

(sessões regulares com membros da família do indivíduo com duração média de pelo menos meia hora por mês. O foco pode ser sobre conselhos práticos sobre como lidar com comportamentos difíceis do indivíduo)

11- MEDICINA POPULAR

12- TRATAMENTOS ALTERNATIVOS, INCOMUNS À CULTURA DO PACIENTE

13- OUTROS TRATAMENTOS PARA PROBLEMAS PSIQUIÁTRICOS

14- TRATAMENTO PARA PROBLEMAS COM DROGAS

15- TRATAMENTO PARA PROBLEMAS COM ÁLCOOL

ENVOLVIMENTO DA FAMÍLIA NO TRATAMENTO DO PACIENTE NOS ÚLTIMOS 12 MESES

PARA OS ÍTENS 16 A 18 UTILIZE OS SEGUINTE ESCORES:

0=Nunca

1=Às vezes

2=A maior parte do tempo

16- A FAMÍLIA ACOMPANHOU O PACIENTE NOS TRATAMENTOS QUE ELE RECEBEU ?

17- A FAMÍLIA MONITOROU AS MEDICAÇÕES?

18- A FAMÍLIA SE ENVOLVEU EM DECISÕES SOBRE O TRATAMENTO COM OS TÉCNICOS RESPONSÁVEIS ?

TENTATIVA DE SUICÍDIO E HETEROAGRESSÃO

19- PENSOU EM SUICÍDIO: ALGUMA VEZ NA VIDA ?
NO ÚLTIMO ANO?

0=Não

1=Ocasionalmente

2=Freqüentemente

20- TENTOU SUICÍDIO:ALGUMA VEZ NA VIDA ?
NO ÚLTIMO ANO?

0=Não

1=Sim

Se não tentou suicídio no período vá para o ítem24.

21- NÚMERO DE TENTATIVAS DE SUICÍDIO: NA VIDA?
ÚLTIMO ANO?

**22-QUAIS OS MÉTODOS UTILIZADOS NA TENTATIVA MAIS GRAVE?
O MAIS FREQUENTE?**

Para os itens 23, 24 e 25 considere a tentativa de suicídio com piores consequências para a saúde do indivíduo

**23- GRAVIDADE DA TENTATIVA DE SUICÍDIO: NO ÚLTIMO ANO?
NA VIDA?**

- 1=Leve (nenhuma ou quase nenhuma consequência)*
- 2=Moderada (alguma consequência)*
- 3=Grave (quase morreu, ou teve consequência séria permanente)*

**24- INTENCIONALIDADE DA TENTATIVA: NO ÚLTIMO ANO?
NA VIDA?**

- 1=Leve (não queria morrer)*
- 2=Moderada (queria morrer mas não tinha certeza)*
- 3=Grave (desejo claro de morrer)*

25- ESTAVA SOB EFEITO DE ÁLCOOL OU DROGAS?

26- AGREDIU ALGUÉM NOS ÚLTIMOS 12 MESES ?

- 0=Não*
- 1=Sim*

Se não agrediu ninguém vá para o item 8.

27- GRAVIDADE DA AGRESSÃO

- 1=Leve (quase nenhuma lesão)*
 - 2=Moderada (alguma lesão)*
 - 3=Grave (lesão grave)*
- descreva na folha de resposta*